

本期关注

目前,新冠肺炎疫情防控进入常态化状态,各地零星病例时有发生,如何科学、有效、迅速、合理、安全地开展医疗诊治和护理工作,对促进医院发展,保障群众健康权益,维护正常医疗秩序意义重大。这也是当前时代背景下,医院管理者需要深入思考和分析的问题。

今年,按照医院人力资源部安排,笔者有幸阅读了《协同》这本书。虽然企业管理不能完全等同于医院管理,但相通的地方却很多,特别是新冠肺炎疫情时期,我们应该如何运用协同管理理论,做好护理管理呢?笔者就自己的心得体会,结合工作实际,和大家探讨一下。

新冠肺炎疫情下 护理管理的协同策略

河南省肿瘤医院 杨福娜 徐晓霞

一、管理的本质是什么?

在医院,管理分很多层级,最普遍的一个管理单元就是病区管理。管理不是排好班次、定好职责、各司其职、规范行事就好了,管理的意义和内涵远大于此。为什么同样的班次、同样的工作职责,有的患者反馈较好、满意度高,有的患者有意见呢?为什么有的职工放在这个岗位痛苦万分、苦不堪言,而转到另一个岗位后工作起来就能如鱼得水呢?为什么有的团队发展迅速、团结一致向前冲,而有的则是原地踏步、止步不前呢?这就是管理的内涵和技巧。

护理工作琐碎、繁重、技术要求高,如何充分发挥每个人的特长进行合理安排,让大家在繁忙、烦琐的护理工作中,体会到个人价值,产生工作幸福感,这也是管理者需要用心做的事情。除此之外,管理还包括沟通协调、运营管控、质量安全、团队引领等。

管理是在特定的环境下,对组织所拥有的资源进行有效的计划、组织、领导和控制,以便达成既定组织目标的过程。从这一概念出发,我们可以看到管理需要围绕两个核心开展工作:一个是工作本身;另一个就是充分发挥人的价值。目前,我们面临的是强个体时代,如何激活个体、充分发挥每个人的优势,不仅实现组织目标,同时也让每位职工都能从工作中获取人生价值,这是管理的艺术和本质。

提出问题

二、新冠肺炎疫情给我们带来哪些改变?

新冠肺炎疫情对中国经济发展和日常生活的影响是深远的。新冠肺炎疫情给每位患者就医行为都带来了影响,大家的自我健康保健意识得到提升,为了避免现场排队,网上问诊、网上诊疗、远程会诊成为众多患者首选。

患者就医行为的改变给医院带来了机遇和挑战,挑战主要来自于互联网医疗的挑战、“以医疗为中心”的挑战、对医院粗放式管理的挑战、对智慧医疗信息化建设的挑战。同时,护理工作作为医院诊疗活动的重要组成部分,随着疫情形势进展,也逐渐暴露出很多弊端和问题,比如防护救治知识和技能、人力资源的储备和应急管理、心理危机的干预机制等都有待加强。

三、医院管理为什么要协同?

分工提高了劳动效率,分权提高了组织效率。以前,企业都是在强调分工,分工明确了,才可以做好责、权、利划分。为什么当今又要提协同呢?原因在于企业或医院都是整体,分工边界越清晰预示效率越慢。

从企业来说,市场瞬息万变,顾客不会等到企业把内部协调好,战略定清楚、产品做出来再去购买产品,换言之顾客需求不会等待。

从医院角度来看,医院要致力于提高患者就医满意度,可是如果出现患者投诉,作为患者个人考虑的不是这个问题是归口于门诊办、医务部,还是护理部,患者面对的是整个医院,并不关心部门职责,其要求是立刻解决问题。

面对新冠肺炎疫情防控也是一样,各部门应该迅速反应、避免相互推诿责任,共同协作把问题解决。在这种情况下,协同提高了系统效率,作为一个整体,必须做好协同。

协同管理

一、协同的基本概念

协同一词来自古希腊语,也可表达为协和、同步、和谐、协调、协作、合作,是协同学的基本范畴。

所谓协同,就是指协调两个或者两个以上的不同资源或者个体,使它们一致完成某一目标的过程。

二、协同的步骤和环节

数字化时代背景下,医院如何找到“协同创造价值”取向,基于陈春花教授总结出的“协同五环”理论体系,高效协同可以分为4个基本步骤和环节。

第一,是协同价值预期。正如东方智慧“道不同,不相为谋”,在此环节,相同的价值观是进行协同价值的评估基础,而价值观匹配策略是进行系统伙伴筛选的关键因素。正如实施伴飞计划一样,学科在选择

三、培养协同管理行为

最优秀的管理者,不要求别人为他服务,而是为共同目标服务;最优秀的管理者,没有自己的追随者,而是与大家一起奋斗。

协同不是喊口号,协同的第一步就是要切实拿出行动。那么,如何在工作实践中去培养协同管理行为呢?应该关注以下4个方面。

协同的概念有着广泛的含义,不仅包括人与人之间的协作,也包括不同系统之间、不同数据资源之间、不同应用情景之间、科技与传统之间等全方位协同。但是,有时协同的指向仍然模糊。什么是互相协作?

择伴飞对象时,均要将其技术、团队、发展模式等和自身进行对标分析后,并根据学科战略目标慎重选择。

第二,是协同价值创造。它是协同的核心,这一环节要基于人为主体,才能发挥效果。回归到医院发展,就是要“以患者为中心”,发挥各层级人员工作效率,形成“组织有目标、个人有个人目标,个人目标要嵌套到组织目标中”的良好局面。

一是灰度管理。很多时候,认识事物不是非黑即白,从白色过渡到黑色,其间有百种灰色。灰度管理就是要协调各种矛盾、包容各种矛盾,并在各种矛盾中协调出创新和结果。

二是授权信任。“有人负责我配合,没人负责我负责”,组织系统真正

所协作的是什么内容?是人、财、物等资源?还是产、供、销等部门?从企业角度看,完整的协同概念应该有五个层面:人的协同、流程协同、信息协同、应用协同和企业管理协同。

第三,是协同价值评价环节。这一环节的评价要求可衡量化,不能衡量化,就尽量概念化;不能概念化,就尽量细化;不能细化,就尽量流程化。

第四,是协同价值分配。价值创造评价后,如何科学、合理地进行价值分配的问题,是激活个体的关键,这样才使得协作方有更强的合作愿望,把协同发展下去。

三是激励激活。优秀的管理者应该善于激活激励员工的工作积极性和积极性。

四是技术平台。“工欲善其事,必先利其器”,大数据时代,要关注技术平台建设,以信息和技术的力量促进管理组织的发展。

护理管理应对策略

新冠肺炎疫情暴发后,“联防联控”4个字作为疫情防控机制被多次提及。

一、积极响应,重新整合医疗资源

新冠肺炎疫情来势凶猛、迅速,护理管理要高度重视,积极响应国家和医院号召。

护理人力资源作为最关键、最具能动性的护理资源之一,合理的配置和利用将直接影响到护理质量。

二、部门协同,开展多维度培训

新冠病毒传染性强,人群普遍易感,医务人员一旦感染,将会造成更大范围的传播。因此,加强医务人员培训至关重要。

在培训过程中,应注意做到对象全覆盖、内容标准化和形式多元化。护理部应及时搜集和下发疫

三、在常规护理基础上,改进护理工作流程

新冠肺炎疫情期间,医疗机构需要一手抓疫情防控,一手抓诊疗服务,切实做到两手抓、两手硬。

疫情发生削弱了护理工作的正常运转效率,然而,常规护理是应急护理的基础,应在常规工作基

四、严格按规范要求消毒,避免院内感染

在有效落实新冠肺炎疫情防控措施方面,护理部要实施医院内各区域清洁消毒责任制管理,严格执行《医疗机构消毒技术规范》等要求;与感控办全面协作,严格遵照消毒隔离规范,加强沟通交流,修订或

五、关怀每一个医务人员,提供护理保障

护理管理者应与党政工团积极协同,响应国家号召,全力做好一线医务人员及其家属保障工作,从生活、心理、人文、安全等方面,了解他们的需求,提供及时的物资和心理帮助,切实把党和组织的关心关爱传递给每一名一线医疗队

这其中,“联”和“防”充分体现了协同管理理念,成为战胜疫情的指导思想。

量、患者安全以及医院的整体运行效率。在危机护理中,根据“3S”(人员、材料、结构)系统框架的理论,首要任务是要做好人员调控。护理管理者要在医务部、人力资源部、信息中心等部门的支持下,全面梳理

对新冠肺炎的相关指南、专家建议、指引等,通过线上和线下学习模式,采用问题导向等教学方法组织培训,并将相关要求落实到护理工作中;按照《医疗机构内新型冠状病毒病 100 个感染防控流程》,协同医务处、医院感染科等对参加疫

础上改进护理工作流程,最大限度降低感染风险,提升团队应急能力;在医疗、护理、医院感染控制办公室及后勤保障等多部门联动下,坚持以人为本、预防为主、分级负责、协同应对的原则,运用团队资源管理模式,加强应急工作前端的控制,使应急管理风险关口前移;严格执行清洁区、污染区、潜在污染区和患者通道、医护通道、污物通道的隔离管理,确保院感防控落实到位。

同时,医院要严格住院患者及探视人员的管理,各部门协同建立医院三级预检架构,第一级为医院入口,第二级为楼宇通道入口,第三级为病区入口,三级联动做好患者及陪护的预检管理。

员。关注医护人员身心健康,体现人文关怀,必要时给予针对性心理干预。

医院是抗击新型冠状病毒肺炎的主战场,护理队伍是抗击疫情的主力军。面对重大突发公共卫生事件,医院护理管理及各部门应践行

那么,基于协同管理理论,制定医院护理管理的应对策略,就应该做好以下几个方面:

各临床科室在岗人员情况,重新整合护理人力资源,形成三级应急网络梯队。此外,依托信息系统建立机动护士库,实现全院缺口可协调替代人员方案,最终实现“三阶梯一库”的人力资源队伍。

情防控的全部人员进行个人防护知识、防护技术和操作流程培训,必要时还应进行无创呼吸机操作技术和咽拭子标本采集技术培训,保证护士能有效胜任岗位职责;对所培训知识进行全员考核,以督促和评价培训效果。

源管理模式,加强应急工作前端的控制,使应急管理风险关口前移;严格执行清洁区、污染区、潜在污染区和患者通道、医护通道、污物通道的隔离管理,确保院感防控落实到位。

同时,医院要严格住院患者及探视人员的管理,各部门协同建立医院三级预检架构,第一级为医院入口,第二级为楼宇通道入口,第三级为病区入口,三级联动做好患者及陪护的预检管理。

协同理念,及早采取措施,及时启动应急机制,做好护理人力资源调配、全体护士防控疫情知识培训、防控制度流程建设及工作流程再造、落实消毒隔离制度,体现人文关怀,为医院应对重大公共卫生事件提供护理保障。

外伤胃肠道破裂肠痿的诊断与介入治疗

□ 毕永华 韩新巍

腹部外伤中,最重要的是及时诊断腹部实质脏器与空腔脏器有无损伤,并给予及时有效的对症治疗,这直接关系到挽救患者生命及预后。腹部外伤致胃肠道破裂在临床工作中并不少见,但由于腹部外伤病情复杂,常合并实质脏器破裂、大出血、失血性休克等危重急症,术前影像检查及紧急剖腹探查术中易遗漏或误诊部分非典型的胃肠道破裂,例如破裂口小、位置较深、胃肠道后壁损伤等。

尤其是延迟性胃肠道破裂,当肠壁穿孔小,因胃肠壁肌肉痉挛,血凝块或胃肠固块状内容物阻塞裂孔;胃网膜、肠系膜缘或原有腹腔粘连的胃肠破裂,胃肠内容物排出范围局限;胃肠壁部分层次破裂后因血运障碍或感染而迟发全层破裂,以上情况均可使早期症状不典型而延迟诊断。一旦救治不当,肠痿形成导致肠内容物流至腹腔及腹壁外,不但会造成严重腹腔感染,肠管血运不良,吻合口愈合慢甚至破裂、出血等,还可能导致感染性休克、多器官功能障碍、电解质紊乱,甚至死亡,严重危害患者生命健康。

临床表现

一、腹胀、腹痛等局限或弥漫性腹膜炎表现:由于外伤胃肠道破裂至肠痿形成的位置不一样,腹膜炎表现的位置也不一样。

二、肠内容物可经肠内瘘瘘口排至腹腔内(需要结合影像学检查与实验室检查),可经肠外瘘瘘口排出腹壁外(查体可见)。

三、在肠痿形成与进展过程中,可形成腹腔脓肿并伴有反复发热。

四、大量消化液的丢失导致电解质紊乱、酸碱代谢失衡,长期可导致营养不良、低蛋白血症、低钾血症等。

诊断

一、实验室检查

1.肠痿导致感染,白细胞计数及中性粒细胞百分比常升高。

2.肠道导致消化液丢失,电解质多项指标降低,并难以通过补充电解质纠正。

3.机体处于应激状态,分解代谢加强,可出现负氮平衡和低蛋白血症。

4.动脉血气分析:电解质紊乱、酸碱代谢失衡。

5.瘘口或腹腔脓液生化检查,细菌培养等。

二、影像学检查

1.腹腔诊断性穿刺是目前诊断腹部外伤的首选检查方法,尤其是闭合型腹部损伤,但对于胃肠破裂及肠痿的阳性检出率并不高。

2.腹部立位平片:膈下游离气体影是上腹部胃肠穿孔的特征表现,但是对于中下腹部肠道、腹膜后肠道及破裂口位于后壁的阳性率较低。

3.消化道造影:包括口服造影剂进行全消化道造影和经腹壁瘘口进行消化道造影,是诊断肠痿的有效手段。常可明确是否存在肠痿,肠痿的部位与数量、瘘口的大小、瘘口与皮肤的距离,瘘口是否伴有脓腔以及瘘口的引流情况,同时还可明确瘘口远端、近端肠管是否通畅。

4.增强CT:不仅能清晰显示腹部实质脏器与空腔脏器情况,还能清楚显示腹部感染、脓肿、肠痿、异物等,协助术前评价与手术方式。

介入治疗

一、保守方案——营养管及胃肠减压管置入术

对于腹部外伤致胃肠破裂的患者,无论紧急剖腹探查术中还是术后发现肠痿,均需采取禁食水的对症处理。可在局部麻醉下经鼻置入营养管及胃肠减压管,将营养管置入肠痿远端肠管内,通过营养管补充营养物质及电解质等。而通过置入胃肠减压管减少肠痿上端胃内容物,可从源头上减少肠痿的流出物,加快肠痿的愈合。对于肠痿继发形成的腹腔脓肿,必要时可进行腹腔引流管置入。

二、消化道覆膜支架置入术

在DSA(数字减影血管造影)下消化道造影中,可清晰显示是否存在肠痿,肠痿的部位与数量、瘘口的大小,同时在瘘口远端、近端肠管通畅的情况下,可进行消化道覆膜支架置入术,通过覆膜支架将肠痿瘘口进行封堵。

综上所述,在对于外伤胃肠道破裂致肠痿诊断与治疗上,介入手术将诊断与治疗集合为统一有机体,避免了外伤胃肠道破裂紧急剖腹探查术后二次外科手术的风险,提供了安全、有效、预后快的微创治疗方法,贯彻了健康中国与健康中国理念,为人民的“原装生活”保驾护航。

(作者供职于郑州大学第一附属医院)



遗失声明

郑州市第三人民医院闫玲玲的医师资格证书(证书编号:201341142411403198510248765)、医师执业证书(证书编号:142410100000847)、河南中医学本科毕业证书(证书编号:104711201205011312)、学士学位证书(证书编号:1047142012000718)、河南中医药大学硕士研究生证书(证书编号:104711201602000003)、硕士学位证书(证书编号:1047132016200244)不慎丢失,声明原件及复印件作废。



郑州奇芝堂食品科技有限公司 团购/订购热线: 0371-58615152